

## ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Щастный А.Т., Сятковский А.Р., Кузавев М.И.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Панкреатические псевдокисты - осложнения острого или хронического панкреатита и травм поджелудочной железы. Острый панкреатит осложняется кистой от 5% до 50% в случае деструктивной формы панкреатита. [1,5] При травме поджелудочной железы (ПЖ) кисты возникают у 20-30% пострадавших, а псевдокисты поджелудочной железы в виде осложнений хронического панкреатита встречаются в 20-40% случаев. [2,3] Первичный хронический алкогольный панкреатит предшествует развитию панкреатических псевдокист у 56-70% пациентов. [4]

**Цель.** Выработка наиболее целесообразной тактики и выбор рационального хирургического вмешательства лечения псевдокист ПЖ.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 180 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист: мужчин 74,7% женщин 24,3%, возраст больных от 26 до 75 лет. Причинами возникновения псевдокист послужили острый панкреатит, хронический панкреатит и травмы поджелудочной железы. Диагностика псевдокист ПЖ включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, компьютерную томографию, МРПХГ. По локализации псевдокисты распределялись следующим образом: область головки ПЖ – 34,2%, область тела ПЖ – 37,4%, область хвоста ПЖ – 17,8%, множественные кисты тела и хвоста ПЖ – 10,6%. В лечении больных использовались методы традиционной хирургии, а также малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ и лапароскопические операции.

**Результаты и обсуждение.** Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 104 (57,8%) пациентов. Дренирующие оперативные вмешательства выполнены у 45 больных (25%). Цистогастротомия выполнена у 10 пациентов, цистодуоденотомия у 11, цистоеюностомия у 22 и наружное дренирование у 2 пациентов. Осложнения в данной группе отмечены у 4 (8,9%) – это послеоперационный панкреатит в 2 случаях, несостоятельность анастомоза и внутрибрюшное кровотечение.

Резекционные методы выполнены у 58 (32,2%) пациентов. Дистальная резекция поджелудочной железы с кистой выполнена у 22 пациентов, один из них, оперированный на высоте профузного кровотечения в кисту, умер во время операции. Различные виды проксимальной резекции головки ПЖ вместе с кистой выполнены у 36 пациентов. Проксимальные резекции выполнялись лишь при наличии кисты и воспалительной массы в головке ПЖ, которая является «водителем боли» при хроническом псевдотуморозном панкреатите.

Пункции и дренирование псевдокист под контролем УЗИ выполнены у 62 (34,4%) больных. Из них 33 пациента со сформированными кистами на фоне хронического панкреатита, в дальнейшем 28 из них выполнены повторные операции как традиционные так и лапароскопические, 29 пациентов с острыми скоплениями жидкости и формирующимися кистами. При формирующихся кистах положительный результат достигнут у 20 (68,9%) пациентов, у которых выполнялись пункции кисты и дренирование под контролем УЗИ.

Пункционный метод использован у 12 пациентов и дренирование у 8. У некоторых пациентов пункция полости псевдокисты предшествовала последующему дренированию.

Послеоперационные осложнения при вмешательствах под контролем УЗИ диагностированы в 3 наблюдениях: кровотечение в полость кисты после пункции, которое остановлено консервативными методами и в двух случаях сформировался панкреатический свищ при пункции псевдокист на фоне хронического панкреатита, что объясняется связью полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы.

Выполнено 14 (7,8%) лапароскопических операций по поводу псевдокист ПЖ. Лапароскопическая цистогастостомия 4, лапароскопическая цистодуоденостомия 1, лапароскопическая цистоеюностомия 8, лапароскопическая цистэктомия 1. Лапароскопические операции выполнены у больных с хроническими сформированными кистами больших размеров и связью их с главным панкреатическим протоком. Предварительно у этих больных выполнены пункции кист под контролем УЗИ с обязательным биохимическим и цитологическим контролем и выполнением цистограммы для выявления связи полости кисты с протоковой системой и локализации кисты по отношению к желудку и двенадцатиперстной кишке. Послеоперационных осложнений в данной группе пациентов не отмечено.

**Выводы.** При формирующихся кистах оптимальным методом лечения является пункция и дренирование под контролем УЗИ. При сформированных кистах вмешательства под контролем УЗИ применимы в качестве диагностической процедуры или предоперационной подготовки.

При наличии фиброзной ткани и кисты в головке ПЖ необходимо выполнять проксимальную резекцию ПЖ. Опыт выполнения лапароскопических вмешательств на ПЖ при хроническом панкреатите позволяет говорить о перспективности данного метода в следствии более лёгкой переносимости операции, уменьшения сроков пребывания в стационаре и более быстрой трудовой и социальной реабилитации.

Однако этот метод может быть успешен при тщательном отборе пациентов с учетом анатомических особенностей поджелудочной железы и ее протоковой системы в каждом конкретном случае, а также при наличии высокотехнологичного диагностического оборудования (интраоперационное УЗИ, магнитно-резонансная панкреатохолангиография) и современных лапароскопических инструментов.

Литература:

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 509 с.;
2. Хальзов В.Л. Панкреатические кисты у больных с изолированным разрывом поджелудочной железы // Заболевания поджелудочной железы. Тез. докл. конф. – Новосибирск, 1992. – С. 197-198.;
3. Barthet M, Bugallo M, Moreira LS, Bastid C, Sastre B, Sahel J. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:270-6
4. O'Malley VP, Cannon JP, Postner RG. Pancreatic pseudocysts: cause, therapy, and results. *Am J Surg* 1985;150:680-2.;
5. Widmaier U., Rau B., Beger H.G. Surgical Treatment of Necrotizing Pancreatitis // *Annals of surgical Hepatology*. – 1997 – Vol. 2. – P. 47-57.